

MODULO DI DOMANDA

Oggetto: ASL Sassari - disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 05.02.2026 (comunicazione disponibilità entro e non oltre il 05.08.2026)

Il sottoscritt_ Dott./Dott.ssa _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____ CAP _____ in _____
Via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____
PEC _____ recapito postale in _____ CAP _____
via _____ n° _____

DICHIARA

(barrare le caselle)

- ☐ di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 05.02.2026), per n. 20 ore settimanali, ambulatoriali e domiciliari, nella branca di Dermatologia, di cui n. 10 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Ozieri, n. 6 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Bono e n. 4 ore da svolgersi presso il Poliambulatorio di Alghero, della ASL Sassari., con decorrenza dal 10/08/2026 fino al 31/12/2026 e comunque fino al rientro del titolare assente, come di seguito riportato:

GIORNI	SEDE	ORARIO SETTIMANALE	NOTE
Lunedì	Poliambulatorio di Alghero	09,00 – 13,00	
Martedì	Poliambulatorio di Ozieri	08,00 – 18,00	
Mercoledì	Poliambulatorio di Bono	08,00 – 14,00	
Giovedì	---	---	
Venerdì	---	---	

- ☐ Di prendere atto che l'incarico di sostituzione sarà regolamentato dall'ACN 05.02.2026 e che la sostituzione ha durata pari all'assenza del titolare, cessa di diritto e con effetto immediato al rientro del titolare stesso;
- ☐ Di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'ACN 05.02.2026;
- ☐ Di risolvere eventuali cause di incompatibilità all'atto dell'assegnazione dell'incarico;
- ☐ Di essere iscritto/a nella graduatoria definitiva 2026, per la specialistica ambulatoriale, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Sassari (art. 19 c. 10 e/o c. 12 ACN 2026) nella branca di _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di _____;
- ☐ Di essere Medico specialista nella branca di _____, di aver conseguito il titolo di Laurea in data _____ presso _____ e il titolo di specializzazione in data _____ presso _____;

Data _____

Firma _____